

ANALYSE UND OPTIMIERUNG DER ARBEITS(ZEIT)SITUATION VON ASSISTENZ- UND OBERÄRZTINNEN UND -ÄRZTEN: ERFAHRUNGEN AUS ZWEI PROJEKTEN

SANDRA PETER, EBERHARD ULICH, SIMONE INVERSINI

257

Im folgenden Beitrag werden zwei Projekte beschrieben, die beide zum Ziel hatten, die Arbeits(zeit)situation von Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten zu verbessern. Ausgangslage, Vorgehensweise und wichtigste Ergebnisse werden dargestellt. Trotz praktisch identischer Projektziele und ähnlicher Vorgehensweisen in der Projektbearbeitung müssen die Projekte als unterschiedlich erfolgreich bezeichnet werden. Im Sinne einer selbstkritischen Würdigung werden die wichtigsten Unterscheidungsmerkmale erläutert.



1 Ausgangslage: Die politische Diskussion über die Arbeitszeiten der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte

Die hohen Arbeitszeiten der Assistenz- (AA) und Oberärztinnen und -ärzte (OA) sind auch in der Schweiz seit Jahren ein politisch brisantes Thema. Wöchentliche Arbeitszeiten von mehr als 60 Stunden und tägliche Präsenzzeiten von über 20 Stunden sind weit verbreitet.

Als Berufsverband strebte der Verband der schweizerischen Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte (VSAO) seit Jahren auf rechtllichem Weg die vollumfängliche Unterstellung unter das Arbeitsgesetz an. Auf höchster politischer Ebene wurde entschieden, dass die wöchentlichen Arbeitszeiten der Assistenzärztinnen und -ärzte ab 2005 auf 50 Stunden¹ zu begrenzen seien. Daneben waren die Spitäler aufgefordert, bis dahin ihre Strukturen zu überprüfen und zu optimieren.

¹ Das Urteil des Europäischen Gerichtshof vom 9.9.2003 betreffend Bereitschaftsdienst Fall „Jaeger“, Rechtssache C_151/02, sieht vor, dass die „durchschnittliche Arbeitszeit pro Siebentageszeitraum 48 Stunden einschließlich der Überstunden nicht überschreitet“ und Arbeitszeit auch den Bereitschaftsdienst beinhaltet: „Arbeitszeit: jede Zeitspanne, während der ein Arbeitnehmer gemäß den einzelstaatlichen Rechtsvorschriften und/oder Gepflogenheiten arbeitet, dem Arbeitgeber zur Verfügung steht und seine Tätigkeit ausübt oder Aufgaben wahrnimmt“.

Die kantonalen Sektionen des Berufsverbandes versuchten seit Jahren auf unterschiedlichen Wegen Druck auszuüben, um das Arbeitszeitproblem einer Lösung zuzuführen. Während im Kanton Zürich ein Administrativstreik als Druckmittel gewählt wurde, schlossen sich in Basel Verband und Kantonsspital zusammen. Gemeinsam schrieben sie als Auftraggeber ein Projekt aus, das zum Ziel hatte, Maßnahmen zur Entlastung der AA und OA zu erarbeiten, um die damals im Kanton Basel Stadt gültige 55-Stunden-Woche für die AA und OA tatsächlich zu erreichen.

Im Kanton Bern wurde in einigen Spitälern das Projekt Arbeitsprozessoptimierung (APROZ) lanciert. Die kantonale Verordnung zu den Anstellungsbedingungen der AA und OA sah eine 50-Stunden-Woche vor, die aber nirgends eingehalten werden konnte. Mittels APROZ wollten die Spitäler nachweisen, was sie allenfalls selbst optimieren können, um die Arbeitszeiten zu senken, was nicht aus eigener Kraft verbessert werden kann und wo zusätzliche Stellen notwendig sind, um die vorgesehenen Arbeitszeitbedingungen einhalten zu können. Die Regierung des Kantons Bern machte derartige „Nachweise“ zur Bedingung, bevor Stellengesuche bewilligt würden. Die Lage verschärfte sich, als mit der Unterstellung der AA unter das Arbeitsgesetz definitiv eine Senkung auf 50 Wochenstunden erreicht werden musste.

Ausführlichere Darstellungen der Projekte finden sich bei Peter und Ulich (2003), Biaggi (2003) sowie Biaggi, Peter und Ulich (2003).

1.1 Merkmale von Gesundheitsorganisationen

Als Gesundheitsorganisationen waren beide Spitäler durch die Herausforderungen der Gesundheitspolitik geschüttelte Organisationen, die mit sich verändernden Anforderungen konfrontiert sind (Ebner 2001): (1) Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen steigt aufgrund verschiedener Faktoren zunehmend an, (2) die Leistungserbringer im Gesundheitswesen sehen sich mit einer immer anspruchsvolleren und kritischeren Grundhaltung und damit höheren Erwartungen in der Bevölkerung und bei den Patienten konfrontiert, (3) in weiten Bereichen der Gesundheitsversorgung werden durch ineffektiv und ineffizient erbrachte Leistungen unnötig Ressourcen verbraucht, die an anderer Stelle sinnvoller eingesetzt werden könnten.

Gesundheitsorganisationen zählen zu den komplexesten Dienstleistungsbetrieben in modernen Industriegesellschaften (Ebner 2001, Grossmann 1995). Die Leistungen mehrerer Berufsgruppen und autonomer Kliniken sind zu integrieren und die Funktionsfähigkeit des Betriebes ist rund um die Uhr zu gewährleisten. Damit die medizinischen und pflegerischen Dienstleistungen erbracht werden können, sind viele logistische Anforderungen (z.B. Küche, interne Transporte, Materialverwaltung)

zu bewältigen. Die Arbeit im Spital ist geprägt durch starke Spezialisierung. Die Organisationsdynamik wird bestimmt von dem komplexen Neben- und Miteinander mehrerer Berufsgruppen mit parallelen Hierarchien. Es ist daher eine zentrale Frage für die Verbesserung der Leistungsfähigkeit, wie es gelingt, die organisatorischen, sozialen und fachlichen Parallelen zu überbrücken sowie klinik- und berufsgruppenübergreifende Kooperation zu etablieren.

1.2 Interessenten der Arbeitszeitoptimierung

Der eigentliche Anlass für die beiden Projekte lag in der Verknappung des Gutes Arbeitszeit der AA und OA. Es stellte sich die Frage, wer spitalintern die Verantwortung für den Umgang mit diesem knappen Gut zu übernehmen hatte. Im Weiteren stellte die Arbeitszeitdiskussion eine Art Kulturrevolution dar: Die Selbstdefinition eines ganzen Berufsstandes wurde zum Thema gemacht und löste innerhalb des Berufsstandes unterschiedliche Reaktionen aus.

Es war davon auszugehen, dass das Hauptinteresse für das Thema Arbeitszeitreduktion einerseits beim Berufsverband VSAO sowie bei den verbandspolitisch aktiven AA und OA zu suchen war. Andererseits waren auch die kantonalen Regierungen daran interessiert, dass die gesetzlichen Arbeitszeitvorgaben eingehalten werden konnten – nicht zuletzt aufgrund des Urteils des Europäischen Gerichtshofs. Verband und Regierung denken mittel- bis langfristig und waren daher auch bereits vor der definitiven Verabschiedung der gesetzlichen Vorlagen an Kosten und Arbeitszeitreduzierenden Maßnahmen interessiert. Spitalintern war mit einer etwas anderen Interessenlage zu rechnen. Zwar mussten die Spitalleitungen aufgrund der Überzeitkosten an einer Lösung der Arbeitszeitproblematik interessiert sein. Zudem standen sie unter Druck von Seiten der Regierung. Sie verfügten jedoch über wenig Möglichkeiten, den Druck an die Klinikleitungen weiterzugeben. Vielmehr konnte vermutet werden, dass die Klinikleiter bzw. Chefärzte sich für die Arbeitszeiten der AA und OA nicht verantwortlich sahen, bisher dafür tatsächlich auch nicht rechenschaftspflichtig waren. Die Glaubwürdigkeit der Auftraggeber für die Projekte der Arbeitszeitoptimierung und die Besetzung der Projektgremien mit entsprechenden Machtpromotoren wurden vor diesem Hintergrund zu entscheidenden Erfolgsfaktoren.

1.3 Wissenschaftliche Begleitung und Prozessberatung

Das Institut für Arbeitsforschung und Organisationsberatung (iafob) erhielt im Juni 1999 das Mandat für die Begleitung des eingangs erwähnten Projekts im Kantonsspital Basel. Die Ergebnisse dieses Projekts führten im darauf folgenden Jahr zu einem entsprechenden Projekt in einem Regionalspital im Kanton Bern. In beiden Projekten wurde ein Vorgehen gewählt, das auf der Basis einer fundierten Analyse eine beteiligungsorientierte und zugleich wirtschaftlich sinnvolle Weiterentwicklung der Arbeits- und Organisationsstrukturen ermöglichen sollte. Dabei ging es um Fragen der Effektivität, der Effizienz und der Flexibilität.

260

Bei den Verhandlungen über das Mandat wurde vom iafob jeweils deutlich gemacht, dass die Bearbeitung der Aufgabenstellung eine sorgfältige Analyse der Arbeitsbedingungen und deren Auswirkungen voraussetze. Während vom iafob im ersten Projekt die Rolle der wissenschaftlichen Begleitung und damit ausschließlich eine Fachberatungsrolle übernommen wurde, kam im zweiten Projekt die Rolle der Prozessberatung hinzu. Als Fachberatung stellte das iafob seine Konzepte für die Analyse- und Gestaltungsphase zur Verfügung und prägte damit das „Was“ der Veränderung mit. In der Rolle der Prozessberatung gestaltete das iafob maßgeblich das „Wie“ der Veränderungen mit, wobei die Ausgestaltung der Projektarchitektur und der nötigen Kommunikationsstrukturen im Vordergrund standen. Das iafob war hier auch für die Prozesssteuerung mitverantwortlich. Insbesondere in der Umsetzungsphase waren in beiden Projekten mehrere Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter des iafob beteiligt und den verschiedenen involvierten Kliniken zugeteilt (vgl. Fußnoten 2 und 3). In beiden Projekten wurden für die Umsetzungsphase aber auch interne Change Agents eingesetzt. Sie waren für die klinikinterne Abwicklung des Projektes zuständig.

2 Das erste Beispiel: 55-Stunden-Woche in einem schweizerischen Kantons- und Universitätsspital²

2.1 Ziele des Vorhabens

Ziel des vom Kantonsspital vorgegebenen Projektantrages war „die Erarbeitung von Maßnahmen zur Entlastung der Assistenz- und OberärztInnen und dadurch Einhaltung der 55-Stunden-Woche“. Im Einzelnen waren in der Projektausschreibung die folgenden Aufgaben definiert:

² Neben den Autorinnen und dem Autor war in diesem Projekt von Seiten iafob Toni Wäfler als externer Change Agent beteiligt. Außerdem unterstützten Mirko Degener, Sibylle Frei, Matthias Nestler und Nathalie Portmann die Erhebungen bzw. Auswertungen in der Analysephase.

- Einholen von Verbesserungsvorschlägen zur Erreichung der Projektziele bei Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten
- Identifizieren von vermeidbaren Leerläufen
- Straffung und Optimierung von Abläufen (Patienten-, Stations-, OPS-Abläufe) innerhalb und zwischen den Kliniken/Bereichen und den Berufsgruppen
- Überprüfung der Strukturen
- Überprüfung und Umverteilung von Aufgaben (z.B. Entlastung des ärztlichen Personals durch Umverteilung von Aufgaben auf nichtärztliches Personal)
- Erarbeiten eines Maßnahmenkatalogs und Umsetzungsplans nach Leistungseinheit inkl. Terminvorgaben
- Ermitteln möglicher zusätzlicher Personalressourcen
- Überprüfung von Einschränkungen beim Leistungsangebot.

261

2.2 Analysephase: Methodisches Vorgehen

In Anlehnung an die MTO-Analyse (Strohm und Ulich 1997) wurde ein Vorgehen gewählt, welches einerseits einen Mehr-Ebenen-Ansatz verfolgt und andererseits sowohl den bedingungsbezogenen als auch den personbezogenen Analysezugang beinhaltet. In [Tabelle 1](#) sind die zu diesem Zweck durchgeführten Untersuchungen aufgeführt.

2.3 Ausgewählte Analyseergebnisse

Die von den Ärztinnen und Ärzten angegebene mittlere *wöchentliche Arbeitszeit* betrug für die Assistenzärztinnen und -ärzte (AA) 63 Stunden, für die Oberärztinnen und -ärzte (OA) 68 Stunden sowie für die im Bereich der Chirurgie tätigen Ärztinnen und Ärzte mehr als 70 Stunden.

AA und OA war im Übrigen gemeinsam, dass interessante Aufgaben, ein gutes Verhältnis zu Arbeitskolleginnen bzw. -kollegen und die Möglichkeit, neue Dinge zu lernen, die drei wichtigsten *arbeitsbezogenen Werte* darstellten. Bezüglich dieser Merkmale wurde im Mittel auch eine vergleichsweise gute Übereinstimmung mit der Realität des Kantonsspitals erlebt. Unter den insgesamt 33 erfragten Merkmalen zur Erfassung der Arbeitswerte fanden sich die größten erlebten Defizite – d.h. die Differenzen zwischen den Soll-Werten (Wichtigkeit) und den Ist-Werten (Zufriedenheit in der Alltagsrealität) – bei den folgenden sieben Merkmalen:

Tabelle 1: Erhebungsmethoden, Inhalte und Stichproben der Analyse von Arbeitsbedingungen, -erleben und -wirkungen in einem schweizerischen Kantonsspital (Peter und Ulich 2003).

	Fragebogenerhebung	Experteninterviews	Tätigkeitsbeobachtungen	
			qualitativ	quantitativ
Inhalt	<ul style="list-style-type: none"> Arbeitszeitbedingungen Arbeitsbezogene Wertvorstellungen Lebensbezogene Wertvorstellungen Zufriedenheit mit der Arbeit Anforderungen, Belastungen, Ressourcen (Udris & Rimann 1997) Erlebte Beanspruchungen (Hacker & Reinhold 1998) 	<ul style="list-style-type: none"> Informationen über Organisationseinheiten Tätigkeit und Rolle der AA und OA Erfolgsfaktoren Stolpersteine Lösungsvorschläge 	<ul style="list-style-type: none"> Bewertung der Arbeitsaufgabe Bewertung der Organisationseinheit 	<ul style="list-style-type: none"> Zeitanteile verschiedener Tätigkeitskategorien Tätigkeitsablaufprofile
			-> Tiefenstruktur	-> Oberflächenstruktur
Anzahl	verteilte Fragebögen 424 ausgefüllte Fragebögen 279	AA OA Schnittstellen Klinikleitungen Bereichsleitungen Direktion	10 8 11 10 7 4	16 Arbeitstage bzw. Dienste 10 Arbeitstage bzw. Dienste

- Berufliche Zukunftsperspektiven
- Angemessenes Feedback über die eigene Leistung
- Mitsprache bei wichtigen Dingen
- Autonomie über die eigene Zeit
- Kultur der Offenheit und Toleranz
- Arbeit, die die Freizeit nicht allzu sehr beeinträchtigt
- Stimulierende Unternehmenskultur.

Unter den verschiedenen Beanspruchungen spielten „emotionale Erschöpfung“ und „Klientenaversion“ (Hacker und Reinhold 1998) eine besondere Rolle. 43% der AA (n = 184) sowie 27% der OA (n = 82) zeigten kritische Werte bei emotionaler Erschöpfung. 22% der AA und 11% der OA zeigten kritische Werte bei Klientenaversion.

2.4 Konkrete Folgen und Umsetzungsphase

Die Analyseergebnisse – insbesondere die arbeitswertbezogenen Defizite und die Burnoutmerkmale emotionale Erschöpfung und Klientenaversion – veranlassten die Spitalleitung und die Steuerungsgruppe, das Projekt erheblich auszuweiten und in drei Teilprojekte zu gliedern.

Das *erste Teilprojekt* beschäftigte sich mit *bereichsübergreifenden* Maßnahmen, insbesondere der Erarbeitung von Richtlinien für die Anstellungsverhältnisse und Arbeitsbedingungen der AA und OA. Eine entsprechende Vereinbarung zwischen der zuständigen Regierungsinstanz, der Spitalleitung und dem kantonalen Verband der AA und OA wurde abgeschlossen. Darin ist auch eine Festlegung der wöchentlichen Arbeitszeiten im Sinne des ursprünglichen Projektauftrages enthalten.³

263

Im *zweiten Teilprojekt* wurden in vier Modellkliniken die Relevanz und Priorität folgender Maßnahmen geprüft.

Erhöhung der *Effektivität* mittels

- Abbau überflüssiger, redundanter Tätigkeiten
- Abbau nicht ärztlicher Tätigkeiten z.B. mittels Schaffung bzw. Ausbau kompetenter Pools im administrativen Bereich (Umverteilung)
- Straffung der administrativen Arbeiten durch Abbau von Redundanzen z.B. in der Bewirtschaftung der Krankengeschichten, der Leistungserfassung oder bei Versicherungsberichten

Erhöhung der *Effizienz* mittels

- Straffung der administrativen Arbeiten durch den Einsatz von standardisierten Arbeitshilfen und technischer Unterstützung
- Abbau von Informationssuch- und -beschaffungszeiten durch Schaffung patientenbezogener Informationsdreh scheiben
- Optimierung der zeitlichen bzw. inhaltlichen Struktur von Visiten und Rapporten unter Einbeziehung von Schnittstellen
- Bereitstellung von adäquaten Arbeits- und Dienstzimmern mit entsprechender Infrastruktur

³ Eine vom Kantonalen Verband AA und OA, von mehr als 11'000 Personen unterzeichnete Petition, die sich ausdrücklich auch auf die Ergebnisse unserer Analyse bezog, forderte von der Regierung u.a. eine weitergehende Festlegung der Höchst arbeitszeit auf 50 Wochenstunden.

Erhöhung der *Flexibilität* und Zeitautonomie mittels

- Prüfung und Angebot flexibler Arbeitszeitmodelle (z.B. zeitautonome Arbeitsgruppen)
- Einführung systematischer Personaleinsatzplanung auf der Basis von Jahresarbeitszeit
- Verbesserung der Möglichkeit für Teilzeitanstellungen bzw. „Job-sharing“
- Einführung von langfristigen Dienstleistungs-Stellen („Dienstleistungs-/Spitalärztinnen/ärzte“) als Laufbahnmöglichkeit für Fachärztinnen/ärzte

264

Erhöhung der Mitsprache mittels

- *Integration* der AA/OA in entsprechende Führungsgremien auf Klinikenebene

Nach Prüfung und Priorisierung dieser Maßnahmen wurden das Leistungsangebot überprüft, aufgrund der vorhandenen Datenbasis Stellenbedarfe zur Erreichung des Zieles „55-Stunden-Woche“ ermittelt, das neue Berufsbild, „Patienten-Administrationsmanager“ (PAM) entwickelt (vgl. dazu Peter und Ulich 2003), die bewilligten Stellen besetzt und mit der Umsetzung der Maßnahmen begonnen. Dafür verantwortlich waren in jeder der Modellkliniken ein oder zwei als „interne Change Agents“ wirkende Assistenz- bzw. Oberärztinnen oder -ärzte, die jeweils von einer Mitarbeiterin bzw. einem Mitarbeiter des iaJob als „externer Change Agent“ begleitet wurden.

Das *dritte Teilprojekt* befasste sich mit dem Einsatz bzw. der Verbesserung von technischen Arbeitsmitteln zur Unterstützung der ärztlichen Tätigkeit, z.B. zum Abbau von Redundanzen bei der Bewirtschaftung von Krankengeschichten durch elektronische Unterstützung und Vernetzung.

2.5 Evaluation und Ausdehnung der Pilotprojekte

Während einer Laufzeit von sechs Monaten wurden nach einem Stichprobenplan systematische tätigkeitsbezogene Zeiterfassungen mittels Handcomputer vorgenommen. Die Wirkung der Maßnahmen wurde laufend überprüft. Die nach sechs Monaten vorgenommene Evaluation in den Modellkliniken (Peter und Ulich 2003) ergab – nach Einschätzung der einbezogenen AA und OA – eine Reduktion der wöchentlichen Arbeitszeiten in unterschiedlichen Größenordnungen: in der Dermatologie und der Radiologie um 4 bis 5 Stunden, in der Allgemeinchirurgie um mehr als 8 Stunden; in der medizinischen Klinik konnten derartige Effekte innerhalb dieses Zeitraums noch nicht beobachtet werden. Die Arbeit der PAM und die dadurch erlebte Entlastung wurden schon nach relativ kurzer Zeit mehrheitlich positiv erlebt.

Die kritischen Werte für emotionale Erschöpfung reduzierten sich deutlich, für die Klientenaversion ergaben sich keine einheitlichen Entwicklungen. Allerdings ist auch nicht zu erwarten, dass über längere Zeiträume entstandene aversive Tendenzen sich in relativ kurzer Zeit auflösen.

Inzwischen erhielten alle anderen Kliniken, Abteilungen und Institute des Kantonsspitals den Auftrag, ausgehend von den in den Modellkliniken gewonnenen Erkenntnissen einen eigenen Maßnahmenkatalog zur Gewährleistung der 55-Stunden-Woche zu erarbeiten. Im Vordergrund standen Veränderungen der Abläufe und Neuzuordnungen ärztlicher Tätigkeiten. Erst auf dieser Basis wurde die Schaffung zusätzlicher Arztstellen in Betracht gezogen. Bei der Erarbeitung dieses Maßnahmenkatalogs erhielten die in den Kliniken neu ernannten Change Agents Unterstützung von den Change Agents aus den Modellkliniken. Diese übernahmen eine Betreuungsfunktion, mit einer auslaufenden Supervision durch das iafoB.

265

3 Das zweite Beispiel: Arbeitsprozessanalyse in einem schweizerischen Regionalspital⁴

3.1 Ziele des Vorhabens

Angeregt durch die Ergebnisse des Projekts im Kantonsspital Basel und den entsprechenden Erfahrungsaustausch unter den Verbandsmitgliedern, wurde das iafoB von einem Regionalspital zur Zusammenarbeit angefragt. Um die Umsetzung des Gesamtarbeitsvertrages GAV (verbindliche wöchentliche Höchstarbeitungszeiten von 55 Stunden im Jahr 2001) möglichst stellenneutral erreichen zu können, setzte sich das Spital zum Ziel, mittels einer Arbeitsprozessanalyse Möglichkeiten der Verbesserung von Effektivität und Effizienz der Arbeit der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte zu identifizieren und zu realisieren.

3.2 Analysephase: Methodisches Vorgehen

In der Projektausschreibung formulierte das Spital außer den Projektzielen auch seine Anforderungen bezüglich der Arbeitsprozessanalyse. Neben dem Einsatz unterschiedlicher Analysemethoden wurde auch eine Arbeitsprozessanalyse in mehreren Phasen erwartet. Wie im oben beschriebenen Projekt wurden auch hier neben

⁴ Neben den Autorinnen und dem Autor waren in diesem Projekt von Seiten iafoB Urs Wanner und Stephanie Ohm als externe Change Agents beteiligt. Außerdem unterstützten Mirko Degener sowie Franziska Burren die Erhebungen bzw. Auswertungen in der Analysephase.

Tabelle 2: Erhebungsmethoden sowie Stichproben der Analyse von Arbeitsbedingungen, -erleben und -wirkungen in einem schweizerischen Regionalspital

	Fragebogenerhebung		Experteninterviews		Tätigkeitsbeobachtungen	
					qualitativ	quantitativ
Inhalt	Analog Projekt 1 sowie Selbstwirksamkeit (Abele et al. 1999)		Analog Projekt 1			
Anzahl	ausge- teilt	erhal- ten	AA OA	7 7	7 Arbeitstage bzw. Dienste	14 Arbeitstage bzw. Dienste
Ärzte	92	80	Schnittstellen	7		
Pflegende	450	230	Klinikleiter	7		
Paramedics	95	50	(Chefärzte,			
Administration	25	21	Leitende Ärzte)			

266

Erhebungen per Fragebogen und Experteninterviews qualitative und quantitative Tätigkeitsbeobachtungen durchgeführt (vgl. **Tabelle 2**). Im Vergleich zur ersten Untersuchung wurde der Fragebogen durch die Skala zur Selbstwirksamkeit von Abele, Stief und Andrä (1999) ergänzt.

Der Fragebogen wurde mit Ausnahme des Verwaltungsbereichs an sämtliche Mitarbeitende des Spitals verteilt. In die übrigen Analyseschritte wurden sieben von insgesamt zwanzig Kliniken bzw. Abteilungen einbezogen. Neben der Berufsgruppe der Ärztinnen und Ärzte wurden in allen Kliniken auch die anderen Berufsgruppen berücksichtigt.

3.3 Ausgewählte Ergebnisse

Die Möglichkeit neue Dinge zu lernen, ein gutes Verhältnis zu Arbeitskolleginnen und -kollegen sowie interessante Aufgaben waren die drei wichtigsten *arbeitsbezogenen Werte* der Assistenzärztinnen und -ärzte. Für die Oberärztinnen und -ärzte waren neben dem guten Verhältnis zu den Arbeitskolleginnen und -kollegen vor allem ein verständnisvoller Vorgesetzter und eine Kultur der Offenheit und Toleranz von Bedeutung.

Unter den insgesamt 33 erfragten Merkmalen zur Erfassung der Arbeitswerte fanden sich die größten erlebten Defizite bei den folgenden fünf Merkmalen:

1. Arbeit, die die Freizeit nicht allzu sehr beeinträchtigt
2. Berufliche Zukunftsperspektiven
3. Klare Führung
4. Angemessenes Feedback über die eigene Leistung
5. Mitsprache bei wichtigen Dingen

Während das größte Defizit sich tatsächlich im Bereich der Arbeitszeitgestaltung fand, ging es bei den anderen Defiziten hauptsächlich um Führungs- und Unternehmenskultur sowie persönliche Wirkungs- und Entwicklungsmöglichkeiten.

Die erfassten Beanspruchungen „emotionale Erschöpfung“, Klientenaversion“ und „reaktives Abschirmen“ spielten wiederum eine besondere Rolle. Zusammenhangsanalysen vermittelten das Bild, dass bei den Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten die Arbeitsintensität und die mengenmäßige Überforderung deutlicher mit den Beanspruchungsformen zusammenhängen als etwa die Dauer der Arbeitszeit. Erlebte Defizite in den Arbeitszeitbedingungen, d.h. mangelnde Flexibilität der Arbeitszeiten sowie der Arbeitszeitautonomie und erlebte Beeinträchtigung der Freizeit, hingen ebenfalls mit den Beanspruchungsformen zusammen (vgl. [Tabelle 3](#)).

267

In den weiteren Analyseschritten (Interviews und Beobachtungen) wurde unter anderem der Frage nach den Ursachen bzw. konkreten Inhalten für die erlebte Arbeitsintensität und die mengenmäßige Überforderung nachgegangen. Neben bedeutenden Anteilen redundanter Tätigkeiten zeichnete sich der ärztliche Alltag durch beträchtliche Anteile nicht-ärztlicher Tätigkeiten (z.B. Administration) aus. Im Weiteren wurde auch ein häufiger Wechsel der Tätigkeiten beobachtet. Die teilweise geringe Vorhersehbarkeit kombiniert mit hohem Zeitdruck waren weitere beobachtete, belastende Merkmale.

3.4 Konkrete Folgen und Umsetzungsphase

Die Analysephase wurde mit einer Rückmeldung der klinikspezifischen Ergebnisse abgeschlossen. Im nächsten Schritt sollte in jeder Klinik aufgrund der Analyseergebnisse ein Aktions- bzw. Projektplan erstellt werden. Dabei hatten wiederum interne Change Agents die Aufgabe, diesen Aktionsplan inkl. Terminen und Evaluationsindikatoren unter Einbezug der jeweils relevanten Personen und mit Unterstützung eines iafob Change Agents zu erarbeiten.

In dieser Phase des Projektes wurde deutlich, dass die Change Agents ihre Rolle sehr bald aktiv zu gestalten begannen. Einige arbeiteten in den Arbeitsgruppen inhaltlich mit, andere übernahmen vor allem Aufgaben der Organisation und Koordination zwischen den verschiedenen Projektgremien und der Linie. In den meisten Fällen supervidierte der Change Agent die Arbeiten in den Arbeitsgruppen. Das Vorliegen sämtlicher Aktionspläne stellte einen wichtigen Meilenstein im Projektlauf dar.

Während einige Maßnahmen in den Kliniken aus eigener Kraft direkt umgesetzt und nach gewisser Zeit evaluiert werden konnten, brauchte es für die Realisierung

Table 3: Zusammenhänge zwischen erlebten Arbeitsbedingungen und spezifischen Beanspruchungen bei Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten eines schweizerischen Kantonsspitals (n=279) (Peter und Ulich 2003).

	Beschäftigungsgrad	Arbeitszeit	Wunsch nach Reduktion	Arbeitsintensität	Defizite in der Arbeit	Emotionale Erschöpfung	Klienten-Aversion	Defizite im Leben
Arbeitszeit	.10							
Wunsch nach Reduktion	.11	.01						
Arbeitsintensität	-.04	.18*	.07					
Defizite in der Arbeit	.07	.09	.13*	.06				
Emotionale Erschöpfung	.15*	.16*	.27**	.28**	.41***			
Klienten-Aversion	.09	.10	.11	.13*	.25**	.60**		
Defizite im Leben	.13*	.13*	.08	.18*	.34**	.50**	.27**	

Erläuterungen:

Spearman Korrelationen

n = 279, * p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001

einiger anderer Maßnahmen zusätzliche Ressourcen. Für diese Fälle bekamen die Kliniken den Auftrag, Anträge an die Spitalleitung zu formulieren.

Einige Kliniken befassten sich vertieft mit dem Thema „Jobvolumina“, welches neben den eigentlichen Projekt-Zielen auch Strategieziele wie Leistungsauftrag und Führungsaufgaben/Führungsteilung beinhaltete. Diese übergeordneten Themen waren im Rahmen des Projektes schwierig anzugehen und benötigten viel Zeit. Die Projektgruppe entschied daher, einen Antrag an die Direktion zu stellen, das Thema „Leistungsauftrag der Kliniken und Aufgabenverteilung auf Ebene des oberen Kaders“ im Rahmen eines neuen Projektes zu bearbeiten.

Die eigentliche Umsetzungsphase erwies sich als frustrierend. Die Projektleitung war frustriert, weil die Spitalleitung bei den Kliniken nicht den von ihr erwarteten Druck machte, die erarbeiteten Maßnahmen umzusetzen. Die Klinikleitungen waren frustriert, weil die Spitalleitung ihre Anliegen beim Kanton nicht genügend wirksam zum Ausdruck brachte. Hinzu kam, dass andere Spitäler nun auch ohne APROZ-Anstrengungen Stellen bewilligt bekommen hatten. Trotz der widrigen Situation wurde entschieden, das Projekt zu Ende zu führen.

Mit der Schaffung einer Implementierungsgruppe wurde zudem eine Struktur geschaffen, die für die Weiterführung und Umsetzung der Maßnahmen in der Linie Sorge tragen sollte.

269

4 (Selbst)Kritische Würdigung und Erkenntnisse

In den beiden beschriebenen Projekten wurden praktisch identische Ziele verfolgt und vergleichbare Vorgehensweisen gewählt. Dennoch wiesen die Ergebnisse deutliche Unterschiede auf. Im Folgenden werden einige Überlegungen zu erfolgskritischen Merkmalen der beiden Projekte angestellt (vgl. dazu auch Biaggi 2003).

4.1 Glaubwürdiger Auftraggeber für Arbeitszeitoptimierungsprojekte

Aufgrund der beschriebenen Ausgangslage war einerseits klar, dass das Interesse und der entsprechende Leidensdruck für das Thema Arbeitszeit beim Berufsverband sowie bei den verbandspolitisch aktiven AA und OA stark ausgeprägt war. Andererseits waren aber auch die kantonalen Regierungen daran interessiert, dass die gesetzlichen Arbeitszeitvorgaben eingehalten werden konnten. Spitalintern waren die entsprechenden Absichten bei der jeweiligen Verwaltungsdirektion zwar vorhanden, aber schwierig umzusetzen. Zwar waren die Verwaltungsdirektoren aus Gründen der Abgeltungspflicht der Überzeiten und aufgrund des Drucks von Seiten

der Regierung an einer Lösung der Arbeitszeitproblematik interessiert, gleichzeitig verfügten sie aber über wenig Möglichkeiten, den Druck an die Klinikleitungen bzw. die Führungsverantwortlichen weiterzugeben. Diese interessierten sich zum nicht geringen Teil vergleichsweise wenig für diese Thematik. Weder lag die Verantwortung für die Arbeitszeiten (inkl. finanzieller Folgen) der Mitarbeitenden bei den Klinikleitungen noch wurden die Arbeitszeiten als Führungsgröße verstanden.

In dieser Konstellation konnte der Auftrag für ein erfolgreiches Projekt zur Reduzierung der Arbeitszeiten nicht vom Spital allein kommen, da das Veränderungsbedürfnis nicht überall dringlich genug war und es intern keine Hebel gab, um die Absichten durchzusetzen. Als zentrale „Treiber“ konnten nur Verband und Regierung auftreten. Während diese Voraussetzung im ersten Projekt gegeben war, erwiesen sich im zweiten Projekt die entsprechenden Interessenvertretungen als zu schwach.

270

4.2 Umfassende, ganzheitliche Analysen

Wie bereits zu Beginn erwähnt, wurde vom iafo bei den Verhandlungen über das Mandat jeweils verdeutlicht, dass die Bearbeitung der Aufgabenstellung eine sorgfältige Analyse der Arbeitsbedingungen und deren Auswirkungen voraussetze. Hinter diesem Postulat steckt die Annahme, dass nur eine konzeptgeleitete und detaillierte Analyse die Grundlagen liefert, welche für eine nachhaltige Organisationsentwicklung nötig sind. Dieser Anspruch hat sich mehrfach bewährt:

- Jeder Analyseschritt lieferte zusätzliche Mosaiksteine im Bild der Arbeits- und Umfeldsituation der Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzte.
- In einem „Expertenbetrieb“ wie dem Spital wird angebotene Expertise gerne angenommen, wenn nicht sogar erwartet. In den beschriebenen Beispielen wurde vom iafo primär die Expertenrolle für die Analyse angeboten. Diese Expertenrolle hat sich aufgrund der politischen Situation sehr bewährt und konnte erfolgreich für die über das Spital hinausgehende Information über das Projekt eingesetzt werden.
- Die Expertenrolle für die Gestaltung – im Sinne der eindeutigen Vorgabe inhaltlicher Lösungen – wurde vom iafo explizit abgelehnt. Dies hätte dem beteiligungsorientierten Vorgehen widersprochen oder wäre allenfalls einer Pseudobeteiligung gleichgekommen. Nach abgeschlossener Analyse hatte sich die Expertenrolle des iafo auf das Vorgehen im Veränderungsprozess und auf die Bereitstellung angemessener Instrumente zur Erarbeitung von Lösungen beschränkt. Dieser Rollenwechsel war im Projektdesign vorgesehen und wurde entsprechend kommuniziert.

Kritisch ist anzumerken, dass vor allem im zweiten Projekt nicht alle Analyseergebnisse – aufgrund mangelnder Kenntnisse der dahinter stehenden Konzepte – inhaltlich verstanden worden waren. Es war nur beschränkt gelungen, eine gemeinsame Sprache zu finden, was durch intensivere Übersetzungsarbeit möglicherweise hätte verhindert werden können.

4.3 Beteiligungsorientiertes Vorgehen

Die beteiligungsorientierte Anlage des Vorgehens war einer der entscheidenden Erfolgsfaktoren beider Projekte. Basis dafür ist die Überzeugung, dass von außen zwar Impulse zur Veränderung gesetzt werden können, die Organisation sich aber nur aus eigener Kraft – wenn auch mit externer Unterstützung – nachhaltig verändern kann. Von der Projektanlage her bedeutete dies, dass die Verantwortung für die Veränderung in der Organisation verbleiben musste und dafür entsprechende Rollen geschaffen wurden. Wie bereits erwähnt, wurde innerhalb der Kliniken die Rolle der internen Change Agents geschaffen. Diese übernahmen nicht nur die Verantwortung für die Erarbeitung von Veränderungsmaßnahmen, sondern waren von der Symbolik ihrer Arbeitsweise her auch Ausdruck der neu zu etablierenden, weniger hierarchischen, klinik- und berufsgruppenübergreifenden Kultur.

In beiden Projekten war es gelungen, die Change Agents und die einberufenen Arbeitsgruppen durch zur Verfügung gestellte Arbeitsinstrumente und beratende Unterstützung arbeitsfähig zu machen und arbeitsfähig zu halten. In den Arbeitsgruppen entstanden konzeptionell durchdachte und praktisch realisierbare Lösungsvorschläge und die Formen des Arbeitens wirkten sich sehr positiv auf die Klinikkultur aus.

Für Ernüchterung sowohl der Projektleitung als auch der Arbeitsgruppen sorgte im zweiten Projekt die Erfahrung, dass auch sehr gute Lösungskonzepte nicht angenommen bzw. realisiert wurden, wenn keine entsprechende Überzeugung vorhanden war oder kein Druck bestand diese umzusetzen. Je nach Unterstützung durch die Klinikleitung fiel die Auswahl und Umsetzung der Maßnahmen dementsprechend unterschiedlich aus.

4.4 Symptom- statt Ursachenbekämpfung

In beiden Projekten wurde klar, dass Arbeitszeitreduktion – in dem Ausmaß, wie sie erforderlich war – nur dann möglich war, wenn die Frage nach der Effektivität und nicht nur die Frage nach der Effizienz gestellt werden durfte. Das bedeutete, den vorhandenen Leistungsauftrag der Kliniken sowie die Aufgabenteilung zwischen

den verschiedenen Funktionsträgern (AA, OA, Leitende Ärztinnen und Ärzte, Chefärztinnen und Chefärzte) zu thematisieren. Diese Diskussion wurde im ersten Projekt durch einen als Projektleiter fungierenden Chefarzt eingefordert und entsprechend geführt. Im zweiten Projekt konnte die Diskussion über den Leistungsauftrag von der Projektleitung, in diesem Fall einem Assistenz- und einem Oberarzt, nicht eingefordert werden. Sie wurde von den Chefärzten der beteiligten Kliniken abgelehnt und als Notlösung in ein Nachfolgeprojekt verlagert.

272

Die Kombination von ausgeprägter Beteiligungsorientierung, wenig Veränderungsbedarf aus Sicht der Klinikleitungen und fehlenden zeitlichen Ressourcen führte im zweiten Projekt zu dem Muster, dass sinnvolle und notwendige Verbesserungen zugunsten machbarer Verbesserungen verworfen wurden. Dies zeigte sich u.a. auch darin, dass die Defizite bezüglich der Themen Führung und Kultur nicht in der erforderlichen Priorität bearbeitet werden konnten und diesbezügliche Vorschläge von den Klinikleitungen nicht genehmigt wurden, was entsprechende Frustrationen hinterließ. Die Projektleitung war nicht mit den erforderlichen Machtmitteln ausgestattet, um die Bearbeitung dieser Themen einfordern zu können.

4.5 Evaluation der Maßnahmen

In beiden Projekten wurde die Evaluation des Projektes sowie der umgesetzten Maßnahmen von Beginn an eingeplant. Dies erzeugte sehr viel Energie, weil damit der „Beweis“ erbracht werden konnte, was die erarbeiteten Maßnahmen bewirkten und was nicht bzw. wo zur Lösung der Arbeitszeitproblematik trotz gelungener Prozessoptimierungen zusätzliche Ressourcen erforderlich waren. Beim zweiten Projekt wurde der Evaluationsgedanke sogar strukturell in Form der Implementierungsgruppe verankert, die mit der Aufgabe betraut wurde, die im Rahmen des Projektes entstandenen Maßnahmen regelmäßig einem Controlling zu unterziehen. Damit wurde kulturell auch ein Symbol dafür geschaffen, dass Veränderungsmanagement als Führungsaufgabe verstanden wird.

Insgesamt bestätigte sich, dass die zu Beginn erwähnten Voraussetzungen (1) glaubwürdiger Auftraggeber, (2) Überprüfung des Leistungsauftrags und Effektivität als zentrale Zielgrößen sowie (3) mit Machtpromotoren besetzte Projektgremien in den hier beschriebenen Arbeitszeitprojekten den entscheidenden Unterschied für den Projekterfolg ausmachten.

Literatur

- Abele, A., Stief, M. & Andrä, M. (1999). Zur ökonomischen Erfassung beruflicher Selbstwirksamkeitserwartungen – Neukonstruktion einer BSW-Skala. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 43, (17), S. 145–151.
- Biaggi, P. (2003). Wenn Arbeitspsychologen ins Spital kommen ... Erfahrungen eines Assistenzarztes anlässlich einer Arbeitsprozessoptimierung bei Assistenz- und Oberärzten. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis* (S. 99–108). Bern: Huber.
- Biaggi, P., Peter, S., & Ulich, E. (2003). Stressors, Emotional Exhaustion and Aversion to Patients in Residents and Chief Residents – What Can Be Done? *Swiss Medical Weekly* (133), S. 339–346.
- Ebner, H., Schuster, S. (2001). *Grundlagen von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen. IFF-Literatur zu Wahlseminarien*. Wien: IFF
- Grossman, R. & Prammer, K. (1995). Die Reorganisation eines OP-Betriebs. Zur Optimierung von Leistungsprozessen im Krankenhaus. *Organisationsentwicklung*, Heft 3.
- Hacker, W. & Reinhold, S. (1998). Beanspruchungsanalysen bei Pflegetätigkeiten zur Ableitung arbeitsorganisatorischer Verbesserungsmöglichkeiten. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 52, S. 7–14
- Peter, S. (2001, 5.–10. August). Sociotechnical Systems Design in Hospitals. Paper presented at the 9th International Conference of Human-Computer Interaction, New Orleans.
- Peter, S., & Ulich, E. (2003). Analyse der Arbeitssituation von Assistenz- und Oberärztinnen und -ärzten: Erfahrungen aus zwei Projekten. In E. Ulich (Hrsg.), *Arbeitspsychologie in Krankenhaus und Arztpraxis* (S. 75–99). Bern: Huber.
- Peter, S. (2004). Nicht-erfüllte Werte, emotional erschöpfte Ärztinnen und Ärzte: Kann differenzielle Arbeitsgestaltung zur Minderung der Arbeitszeitproblematik beitragen? *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 03, S. 178–187.
- Rimann, M. & Udris, I. (1997). Subjektive Arbeitsanalyse: Der Fragebogen SALSA. In O. Strohm & E. Ulich (Hrsg.), *Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten* (S. 281–298). Zürich: vdf Hochschulverlag.
- Strohm, O. & Ulich, E. (1997) (Hrsg.). *Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten*. Zürich: vdf Hochschulverlag.